**Simptomatologia negativă a psihozelor în perspectivă fenomenologică.**

**Scala BSABS și scala EASE**

**(**material redactat cu ocaziaSeminarului de psihopatologie, Clinica Psihiatrică Timișoara iunie 2023)

Prof .M .Lăzărescu

1. **Considerații de ordin general**

În ultima perioadă, psihopatologia clinică – ghidată de DSM-III-5 – a comentat psihozele ca exprimând tulburări cu o simptomatologie de intensitate crescută –„clinică„ – în care e perturbată „testarea realități.. și se manifestă sindroame din seria: delir, halucinații necriticate, dezorganizare ideo-verbală și comportamentală și manifestări „negative„ (alogie, avoliție, anhedonie, asociabilitate). S-a încetățenit deasemenea, partajarea simptomatologiei psihotice în pozitivă + ( delirant halucinatorie și de dezorganizare ideo verbală) și negativ deficitară -. Această abordare s-a dezvoltat între coordonatele unei abordări comportamentaliste, care nu acorda o importanță deosebită trăirilor subiective. În paralel cu modul de abordare susținut de DSM-III-5, s-au dezvoltat însă și alte abordări psihopatologice, care acordă importanță și trăirilor subiective. În această direcție, psihopatologia fenomenologică a dezvoltat o serie de cercetări sistematice de studiere a schizofreniei deficitare, mai ales în fazele sale prodromale și schizotipale; reușind să recupereze importante contribuții tradiționale, mai ales în schizofrenie; boală pe care Bleuler a descris-o ca fiind caracterizată prin „autism dezorganizant„ - trăirile delirant halucinatorii apărând în plan secund. Fenomenologia pune un accent deosebit asupra centrării psihismului specific omului, pe trăirile „sinelui„ (self-ului) intențional reflexiv (echivalent al tradiționalului eu conștient (conceptul de „sine” nu este utilizat în DSM-5).

Simptomatologia schizo-, reunită în avoliţie, alogie, apatie, asociabilitate anafectivă, a preocupat clinicienii ce au redactat DSM-5 predominant în manifestările sale expresive şi comportamentale, înregistrabile pentru un diagnostic reproductibil, cu ignorarea perspectivei subiective. În acest sens sunt ele descrise în cunoscuta scală a lui Andreasen şi în DSM-5. Psihopatologul de orientare fenomenologicǎ Scharfetter a încercat inventarierea trǎirilor subiective prin care schizofrenii deficitari îşi resimt perturbarea sinelui identitar. El s-a ghidat dupǎ jaloanele propuse de Jaspers privitoare la deficienţa ego-identitǎţii (cu sine, de-a-lungul timpului), ego-delimitǎrii (de alții și lume), ego-consistenţei (coerenței) şi ego-agenţiei ( sentimentul de a fi autorul propriilor trăiri active), la care a adǎugat ego-vitalitatea. El a reținut, în acest sens, exprimǎri ale schizofrenilor precum precum:

“Nu mai ştiu cine sunt...am pǎrǎsit trǎsǎturile şi figura ce-mi aparţineau...mǎ simt vulnerabil fǎrǎ protecţie...mǎ amestec cu alţii...pǎrţi din mine sunt în afara mea...mǎ simt dezagregat, nu mai sunt o unitate...eu nu mai sunt deloc, nu mai exist...nu mai sunt viu, sunt fǎrǎ viaţǎ etc.”

Trǎirile subiective astfel circumscrise se agregǎ în direcţia unei simptomatologii depersonalizante, ce se manifestǎ în contextul dezorganizǎrii psihismului, conjugându-se cu menţionatele simptome schizo- din DSM-5. E de subliniat că în schizofrenie în general şi în cea negativă în special, simptomatologia specifică sd. dep/der standard – care în prezent e plasat în clasa tulburărilor disociative – este si ea deseori prezentă, resimţită subiectiv, hiperreflexiv şi ruminativ. Pacientul se simte detaşat de lume, „sub un clopot de sticlă”, neaderent şi nerezonant faţă de alţii şi sine. Dar gândirea pacientului e marcată acum de dezorganizare, bizarerii, ciudăţenii, tulburări semantice şi de gândire, centrate pe abstracții, sentiment de devitalizare corporală, gol mental.

În schizo- s-ar putea vorbi de o depersonalizare în primul rând obiectivǎ, ce se exprimǎ prin grave deficienţe ale sinelui intenţional reflexiv, care centrează unitatea, coerenţa şi delimitarea identităţii persoanei, a autonomiei agenţiei sale; deficit care se exprimă în planul funcţiilor motivaţional volitive, intelectiv-cognitive şi afective, de ataşament, şi emotivitate, sociabilitate şi dispoziţionale; și care condiţioneazǎ o existenţǎ neasertivă situațional. retrasă într-o lume proprie, incoerentă şi stranie, lipsitǎ de relief şi identitate, de adeziune şi participare la viaţa interpersonal comunitarǎ.

Simptomatologia deficitară din schizofrenie a fost tradiţional comentată la pacienţii azilari cronicizaţi, la care ea era mixtată cu simptome halucinator delirante şi cu o pronunţată dezorganizare ideo-verbală. Nu poate fi exclusă în aceste cazuri instalarea unei efective deteriorări generale a persoanei, ca şi consecinţǎ a procesului psihopatologic şi al alienării azilare. Stare deficitară care i-a sugerat lui Kraepelin eticheta de “demenţă precoce”. Se ridică însǎ problema simptomatologiei negative a schizofreniei în formele marginale şi incipiente ale tulburǎrii, pânǎ când procesul dezorganizǎrii încǎ nu şi-a exercitat efectul; iar pacientul nu a avut de suferit consecinţele deprivării instituţionale.

O anumită atenţie faţă de formele incipiente sau cu simptomatologie puţin exprimată („paucisimptomatice”) de schizofrenie, s-a manifestat de fapt pe întreg parcursul sc XX; dată fiind perspectiva interpretativă introdusă de însăşi Bleuler (care accepta „schizofrenia simplă„ și chiar pe cea „latentă„) şi dezvoltată de Kretschmer. Aceştia susţineau ideea posibilei tranziţii între psihoza schizofrenă de intensitate clinică, personalitățile dizarmonice corespunzătoare şi caracteriologia persoanelor normale, inclusiv a celor creatoare. La nivelul Tulburărilor de Personalitate (TP) s-a diferenţiat - în conformitate cu polarizarea dintre schizo + şi schizo- - între o variantă paranoidă – orientată mai mult spre interpretări de suspiciune anormală; şi o variantă a TP schizoidă, orientată spre simptomatologia deficitară; caracterizată predominant prin retragere socială, detaşare şi indiferenţă generalizată, cu preocupări abstracte, bizare. Alături de acestea două, DSM III-5 ( si ICD-9,10) au introdus categoria „schizotipiei”, ce reuneşte trăsături din ambele, plus tulburări perceptive, ideatice şi relaționale aparte. Dincolo de aria tulburărilor de personalitate, într-o abordare originală - în care şi-a focalizat atenţia pe cazuistica unor schizofreni paucisimptomaticinedeliranţi – „heboizi” -, psihopatologul fenomenolog Blankenburg a comentat o situaţie aparte; şi anume, cea în care pacientul apato abulic era chinuit de o atitudine autoanalitică hiperreflexivă, cu incapacitatea de a înţelege sensul actelor fireşti (ale „axiomelor”) din comportamentele vieții cotidiene (a se îmbrăca, spăla, a mânca etc.); si cu dificultatea de a le executa, fără un mare efort. Această „pierdere a axiomelor vieţii cotidiene”, pe lângă interpretarea sa fenomenologica, şi-ar găsi o parţială interpretare în deficitul filtrului atenţional informativ şi a coerenței centrale aperceptive, sintetică, a funcţiilor executive.

Mai recent, în această direcţie s-au organizat cercetări din perspectiva vulnerabilităţii şi a stărilor prodromale din psihoza schizofrenă, la cazuri din spectrul familial al schizofrenilor. E vorba în primul rând de studiile şcolii din Bonn privitoare la “tulburările bazale” evidenţiate prin scala BSABS, care decelează simptome subiective la persoanele cu risc crescut. La acestea s-au descris simptome negative de tipul unui sindrom anergic, cu oboseala, scăderea puterii de concentrare, a motivaţiei, a capacităţii de decizie, a celei de a se bucura, diminuarea sentimentelor şi a nevoii de contact; iar în plan cognitiv, distractibilitate, perseverare, ideaţie intruzivă şi interferenţială, blocajul gândirii, dificultăţi de receptare a semnificaţiilor, pierderea memoriei de lucru, a deprinderilor cutumiere, fascinaţia de către detalii. Dar şi trăiri referenţiale, derealizare, sentimentul modificării propriului aspect în oglindă etc. Ansamblul simptomelor menţionate perturbă raportarea subiectului la problemele vieţii de zi cu zi.

În perspectiva depersonalizǎrii e interesantǎ continuarea acestor cercetǎri de cǎtre şcoala din Copenhaga cu scala EASE. Aplicarea acesteia deceleazǎ cazuri în care subiectul tinde sǎ îşi piardǎ nucleul intern al identitǎţii (sinelui), sentimentul cǎ propriile trǎiri şi gânduri sunt “ale sale”. El se simte anonim, nonexistent, profund diferit de alţi oameni; sau, prezintǎ o hiperadaptabilitate, cu conformare perpetuǎ la opiniile altora. Scade sentimentul participǎrii efective, prin propria sa identitate, la evenimente actuale. Lipseşte sentimentul de “prezenţǎ” a sa în situaţii, într-o manieră în care individualitatea sa să se impună. Subiectul se simte cu limite fragile, vulnerabil la influenţe exterioare multiple, cu care se identificǎ; parcă ar fi apersonalizat.

Pe acest fond apar experienţe corporale descrise şi în sd.dep/der.st şi în clinica schizofreniei : autocontemplare îndelungatǎ în oglindǎ cu sentimentul unor schimbǎri morfologice şi cu impresia cǎ unele pǎrţi ale corpului îi sunt strǎine; experienţe de spaţializare şi dezintegrare corporalǎ. Apoi, tulburǎri ale demarcaţiei proprii, confuzia cu alţii, anxietate la contact corporal, sentimentul de pasivitate la expunere. Se adaugǎ tulburǎri ale cursului gândirii, reducerea iniţiativei gândirii. În sfârşit, pe acest fundal de tasare şi anulare a structurii identităţii personale, uneori poate apare un sentiment special de centralitate, de megalomanie magicǎ, de grandiozitate solipsistǎ, preocupǎri filosofice şi religioase sterile. Această ideaţie aparte sugerează conturarea unui echivalent de „lume delirantă” – „lume dereistă” - în care subiectul, fără a fi cuprins ca personaj într-un scenariu narativ aberant, se simte totuşi proiectat într-un univers ideatic uman abstract şi fragmentat. Se menţine astfel o urmă a tradiţionalului autism descris de Bleuler, ca existență a subiectului într-o lume bizară, abstractă, detașată de viața cotidiană.

Profilul psihopatologic ce rezultǎ din scalele BASB şi EASE este, desigur, şi un construct al autorilor ce le-au elaborat. Dar o dimensiune deficitar negativǎ a sinelui identitar şi a autonomiei agenţiei se profileazǎ destul de clar, în spatele - sau mai bine în direcţia - tabloului clinic al schizo- din DSM-5.

Tabloul asteno-anergic subliniat de şcoala din Bonn (oboseala, scăderea puterii de concentrare şi decizie, de a se bucura şi a se relaţiona social) şi pierderea nucleului identitar invocat de şcoala din Copenhaga (sentimentul că propriile trăiri nu mai sunt „ale sale”, pasivitate, reducerea iniţiativei gândirii, diluarea delimitării) toate indică o depersonalizare devitalizantă şi anonimizantă, dediferenţiatoare, care nu e doar subiectivă ci şi obiectivă; și care privează subiectul de însăşi funcționarea și afirmarea structurii sale identitare de fond, mnestico biografică şi caracterială, înrădăcinată în propriul corp şi delimitată social, coerentă şi centrată de sinele său agențial, intențional reflexiv.

Privită din această perspectivă, simptomatologia schizofreniei deficitare (schizo-) apare destul de pregnant ca o depersonalizare obiectivă, devitalizantă şi anonimizantă. Diferită de varianta strict subiectivă a sd. dep/der/standard (disociativ). Deşi, la fel ca în aceasta, se menţine o hiperreflexivitate neproductivă în raport cu vidul şi amorţeala sufletească; ce etalează acum un psihism insuficient de coerent, fără suport într-o identitate cât de cât consistentă.

Deteriorarea personalităţii se poate produce şi în urma unor suferinţe organic cerebrale ce conduce la demenţă, cu pierderea memoriei identitare, a capacităţii de orientare în timp, în raport cu succesiunea evenimentelor, în recunoaşterea persoanelor şi orientării în spaţiul ambiental, în actualitatea trăită. Procesul dezorganizării psihice şi a deficitului intenţional, de ataşament şi de reactivitate – de tp autist - faţă de ambianţă, ce se petrece prin procesualitatea psihotică schizofrenă, poate fi orientat în aceeaşi direcţie; dar pe alte căi. Şi, în consecinţă, cu alte staţii psihopatologice intermediare. Oricum, alterarea identităţii şi autonomiei agenţiei, conduc la demontarea părţilor constitutive ale persoanei, a articulării şi funcţionării lor într-un subiect care să se raporteze intenţional la o lume umană, în conjuncţie intersubiectivă cu alţii.

Odată ajunsă la acest nivel deficitar, psihopatologia are puţine cuvinte de spus despre psihismul uman. Dar parcursul de până la acest nivel, evoluţia spre, atingerea şi parcurgerea orbitei psihotiforme, sunt profund edificatoare pentru a medita asupra structurii și specificităților acestui psihism uman.

**B**

Instrumentul EASE; psihopatologia schizomorf deficitară a asertării sinelui.

Profilul psihopatologic al pacienților abordabili prin instrumentul EASE este cel al unei depersonalizări anonimizante - a unei cazuistici din spectrul patologiei schizofrene - marcată de dezorganizare globală și apato abulie devitalizantă, solitudine, solipsism (în direcția schizofreniei simple a lui Bleuler sau a defectului schizofren apato abulic). Majoritatea simptomatologiei sd. de depersonalizare/derealizare standard sunt prezente, dar cu o altă coloratură decât cea din varianta disociativă ( din DSM-5); precum și față de cea care afectează delirant identitatea (biografico caracterială narativă) a persoanei, conducând spre „transpersonalizarea delirului primar„ ( în sensul lui Jaspers).

E vorba de un pacient lipsit de sentimentul unei centralității firești, printr-un sine agențial care să fie asertiv în situații – mai ales interpersonale -, înțelegând și rezolvând adecvat problemele situaționale ce afectează subiectul în cadrul vieții cotidiene; și integrându-le progresiv în durata identității sale biografice. Sine (nuclear și minimal) care să-i susțină o identitate (cu sine), un punct de vedere propriu, o delimitare specifică, o perspectivă originală, integrată într-o lume comunitară variată, accesibilă din multiple perspective. Subiectul se simte deficitar (în raportarea sa la situații, lume și alții), neintegrat într-o lume comunitară firească, neautonom, trăind constant sentimentul că „nu e cineva anume„ , că nu e „personalizat„ într-un mod determinat.

Pe fundalul menționat mai sus, se pot identifica multiple deficiențe în arie cognitivă , executivă, relațională și personalistică, cu constante simptome din serie desorganizantă.

**Instrumentul EASE** prezintă cinci grupaje simptomatice, referitoare la : 1/ Funcții cognitive și curs ideativ; 2/Prezență situațională. 3/Corporalitate; 4/ Demarcație; 5/ Orientare existențială. Ansamblul simptomatologiei reunite în aceste grupaje configurează profilul psihopatologic a unei cazuistici marcată de o depersonalizare deficitară, de dezorganizate și apato abulie hiperreflexivă, de lipsă de asertivitate și identitate. Pentru configurarea cât mai pregnantă a acestui tablou, primul grupaj simptomatic va fi comentat la sfârșit.

În continuare se va face o scurtă trecere in revistă a majorității itemilor instrumentului.

**Grupajul simptomatic 1/ Curs al gândirii și cogniție.**

Inițial sunt avuți în vedere tradiționalii itemi care descriu perturbări ale cursului gândirii; pe parcurs se accentuează și se dezvoltă unele aspecte:

Sunt avuți în vedere următorii itemi : 1.Interferența gândirii (g). 2/Pierderea ipseității g.- gândurile apar subiectului ca anonime, parcă nu ar fi ale sale 3/ Presiunea g.; 4/ Blocajul g.; 5/Ecoul g.; 6/ Ruminații; 7. Perceptualizarea ( sonorizarea) g. – acesta e un simptom asupra căruia autorii insistă ,ca fiind important ( alături de alte perturbări ale integrării schemei corporale, ca infrastructură a sinelui minimal); 8 Spațializarea g. (tot un item considerat important); 9/ Ambivalența ( autorii atrag atenția ca DSM-III-5 si instrumentele adiacente acestuia ignoră problematica ambivalenței, care pentru Bleuler era unul din simptomele de bază ale schizofreniei); 10/ Discriminarea deficitară a intenției ( e unul din multiplele simptome pe care instrumentul le relevă ca specifice acestei direcții de patologie în care psihismul își pierde structura ordonata, clară, distinctă şi eficientă); 11/ Reducerea inițiativei g. (e şi acesta unul din simptomele ce marchează deficitul de inițiativă și intenționalitate ale acestor pacienți). 16/ Atenție diminuată ( de fapt e vorba de perturbare sistemelor de filtre atenționale spontane, ce se manifestă în diverse arii ale funcționării psihismului ); 13. Deficitul memoriei de scurtă durată ( acest item a fost intens studiat si de neuropsihologi, în schizofrenie, ca stând la baza perturbării funcțiilor executive); 14/ Tb ale percepției timpului ....;.15/ Tb în continuitatea acțiunii; 16/Perturbări ale exprimării intențiilor; 17. Tb ale limbajului expresiv. Ultimii itemi ar merita o abordare mai detailată, care e realizată de autorii acestui instrument, in alte scale de evaluare.

Acest prim grupaj simptomatic al instrumentului subliniază interesul instrumentului pentru trăirile subiective – și nu expresiv comportamentale – despre care se pot obține informații doar printr-un dialog empatic cu pacientul, dirijat țintit, dar acceptând exprimări metaforice.

Esența deficitului psihopatologic studiat de instrument – deficitul sinelui nuclear, intențional reflexiv, asertiv , cu incapacitate de a experimenta lumea prin situații adecvat trăite si nestructurarea unei identități personalistice clar delimitate și colaborative cu alții – se manifestă la acest prim grupaj doar indirect ; pe când în celelalte grupaje, el se exprimă mai explicit.

**Grupajul simptomatic 2/ -Prezența situațională** - se referă la „sine„ ( tradițional etichetat ca „ eu conștient de sine„); deci, la conștiința de sine (prereflexivă) din experiența situațională („ipseitate„), evaluând deficitul de „prezență„ a subiectului în situație, printr-o suită de itemi.

1/Diminuarea simțului eului bazal. Pacientul resimte un sentiment generalizat de vid interior, de lipsă de nucleu interior, de identitate, sentimentul de a fi anonim, ca și cum ar fi inexistent sau profund diferit de alte persoane....... Acest item include și un sentiment subiectiv de „supra-adaptare”, adică nevoia de a se acomoda la opinia sau punctul de vedere al celorlalți, legat de sentimentul dominant de a nu avea propriul punct de vedere interior („innere Haltung”; „Haltlosigkeit)... Lipsa sinelui de bază poate fi asociată cu o imagine de sine pervaziv negativă, pe care subiectul o descrie ca un fel de „rușine” eternă, sau „sentiment de inferioritate. Debutul poate fi în copilărie sau în adolescență. Exemple:

Este ca și cum nu fac parte din această lume; Am un sentiment straniu fantomatic de parcă aș fi de pe altă planetă. Sunt aproape inexistent

Simt că nucleul meu interior, identitatea mea cea mai proprie , a dispărut.

Un sentiment de gol total mă copleșește frecvent, ca și cum aș fi încetat a exista.... parcă.. „am pierdut contactul cu mine”. Mă simt ca și cum as fi un vid, care este nemișcat, în timp ce lumea înconjurătoare este în mișcare”

2/ Perspectiva distorsionată a persoanei întâi. Gândurile, sentimentele și acțiunile sunt resimțite ca impersonale, anonime, executate mecanic...propriile gânduri parcă nu ar fi generate de sine (dar nici nu sunt atribuite altcuiva)..Subiectul resimte : Parcă sunt un lucru fără subiectivitate, neînsuflețit...- sau : ..Subiectul se ia constant ca obiect de reflexie (între gândurile, percepțiile, acțiunile sale și sinele său nuclear, e un fel de distanță experiențială).....sau: Sinele e resimțit ca având o locație specială( cvasispațială).

4/ Prezență diminuată. O capacitate scăzută de a deveni afectat, incitat, mișcat, motivat, atras, influențat, atins, atras sau stimulat de obiecte, oameni, evenimente și stări . ....... Pacientul nu se simte pe deplin participant sau pe deplin prezent în lume; el poate simți o distanță față de lume, care poate fi însoțită de schimbări ale percepției lumii. (acest item include atât stări hipohedonice fizice și sociale, cât și lipsa apatică a sentimentelor).

El poate afirma:. „Totul îmi este total indiferent.”:;sau: un sentiment generalizat nespecificat (cvasi-perceptual) de distanță față de lume sau un sentiment de barieră între sine și lume (un sentiment de a fi închis într-o „cutie de sticlă ” sau de a fi în spatele unui geam)....Sau de exemplu, culorile sunt estompate; obiectele sunt îndepărtate) sau marcate de tulburări perceptive mai specifice, sau derealizare (adică totul pare a fi ireal, lipsit de viață, mecanic).

6. Hiperreflexivitate. O tendință ocazională, excesiva sau omniprezentă de a se lua pe sine, părți din sine sau aspecte ale mediului ca obiecte de reflecție intensă. Pacientul suferă de obicei de o pierdere a naivității, clemenței și ușurinței. Există o creștere a tendinței de a reflecta asupra propriei gândiri, sentimente și comportament, precum și incapacitatea de a reacționa și de a se comporta spontan și fără griji; o tendință de a monitoriza excesiv viața interioară, în același timp interacționând în lume („introspecție simultană ”)

7 Divizarea eului

8/ Autopercepția din afara corpului (depersonalizare disociativă) Pacientul afirmă că uneori se simte ca și cum ar fi „în afara” lui însuși, ca un fel de dublu, care îl privește sau observă pe el sau pe alții. Experiența trebuie să aibă caracterul „ca și cum” (subtipul 1), adică pacientul nu se percepe de fapt din exterior, ci doar își imaginează făcând acest lucru pentru „ochiul său interior”; un fel de experiență „în afara corpului”.

9/ Confuzia de identitate. Un sentiment ca și cum pacientul ar fi altcineva. Exemple :

„Mă simt ca și cum aș fi propria mea mamă ”.

Un pacient a putut pentru scurt timp să se simtă ca și cum ar fi o altă persoană , la care s-a întâmplat să se gândească.

Un pacient s-a simțit ca și cum ar fi un câine.

........................................................

.........................................................

............................................................

15/ Pierderea simțului comun. Este o pierdere sau o lipsă de înțelegere automată, prereflexivă a sensului evenimentelor, situațiilor, oamenilor)â. Subiectul poate să nu înțeleagă regulile (tacite) de conduită sau interacțiuni umane sau poate deveni excesiv de intrigat sau preocupat de probleme semantice. Lipsește naturalețea lumii și a altor oameni, iar asta duce de obicei la o anumită hiperrefectivitate

...........................................................

17/ Anxietate ontologică. Un sentiment pervaziv de nesiguranță, slăbiciune, inferioritate, indecizie, toleranță scăzută la anxietate, anxietate persistentă de grad scăzut (fără obiect) sau un sentiment subtil, omniprezent, de ceva amenințător iminent. Stilul de viață al unei persoane cu insecuritate ontologică este mai degrabă preocupat de autoconservare decât de auto-realizare. Lumea și ceilalți nu sunt trăite ca baze existențiale sigure invariabile, ci ca enigmatice, nesigure sau amenințătoare. Pacientul are un sentiment omniprezent de a fi expus și o nevoie de a se proteja sau de a se ascunde. Asemenea sentimente de insecuritate ontologică sunt aproape întotdeauna asociate cu un sentiment de identitate profund perturbată, ambivalență, pierderea dovezilor naturale sau hiperreflectivitate

..........................................................

19 inițiativa diminuată

20/ Hipohedonia. Scăderea capacității de a experimenta plăcere în mod general sau recurent în legătură cu stimularea perceptivă sau intelectuală „fizică” imediat înconjurătoare [de exemplu, anhedonia socială este notată în altă parte (2.4)].

21/ Scăderea vitalității. Un sentiment generalizat sau frecvent recurent de oboseală mentală sau fizică inexplicabilă, scăderea vitalității imediate, scăderea energiei, spontaneitate, „elan”.

**Grupajul simptomatic 3/ Corporalitatea**: Itemii sunt următorii;

1/ Sentimentul de schimbare morfologică; părți ale corpului sau întregul corp par a se schimba, sunt altfel

2/ Privirea neobișnuită în oglindă; Aceasta poate fi frecventă...pentru a observa schimbări...sau pentru a se recunoaște ( uneori nu se mai recunoaște în oglindă) ..alteori se sperie de imagine sa în oglinda și o ascunde ec.

3/ Înstrăinarea corporală. Corpul în întregime sau unele părți ale sale sunt simțite ca lipsite de viață, străine, izolate, separate, dislocate, inexistente

4/ Nepotrivire psihofizică..Corpul e resimțit ca nepotrivit, prea mare sau prea mic, sau cu o nepotrivire între psihic si corp, ca și cum ar fi deconectate, sau nu-și aparțin împreună.

5/ Dezintegrare corporală. Sentiment de dezintegrare sau dizolvare corporală, ca și cum ar fi căzut și rupt în bucăți sau ar fi dispărut

6/ Spațializarea experienței corporale

7/ Experiențe kinestezice

8/ Tulburări motorii

9/ Experiență mimetică de imitare (echomimie etc))

**Grupajul simptomatic 4 / Demarcație..tranzitivism**

1/ Confuzia cu celălalt. Pacientul se experimentează pe sine și pe interlocutorul său ca și cum ar fi amestecați sau întrepătrunși; în sensul că își pierde simțul ”ale cui sunt„ gândurile, sentimentele sau expresiile, sentiment neplăcut, care provoacă anxietate.

2/ Problematizări față de propria imagine speculară. Un sentiment de incertitudine cu privire la cine este cine sau cine este unde, atunci când se uită în oglindă sau la imaginea sa reflectată în ceva (de exemplu în geamurile magazinelor), sau la poze și tablouri.

3/ Amenințarea contactului corporal. Un sentiment de anxietate sau neliniște extremă când stă aproape sau e atins de altul (chiar și de o persoană apropiată) sau când e îmbrățișat. Contactul corporal e resimțit ca amenințător pentru autonomia și existența personală. Relațiile sexuale pot fi insuportabile.

Într-o variantă accentuală, e resimțit un sentiment de dispariție personală, anihilare sau încetare a existenței, atunci când subiectul e expus la un contact apropiat cu altul, de exemplu în timpul unui act sexual.

4/ Dispoziție pasivă (deranjantă).Un sentiment difuz sau o dispoziție de a fi cumva într-o poziție pasivă, periculos expusă, la cheremul lumii, într-o manieră nespecificată și lipsită de concretețe. Este un fel de a fi oprimat de ceva negativ care se poate întâmpla iminent, fără nicio specificație tematică..... Pacientul nu are experiențe concrete sau idei delirante despre influențele externe, dar se simte ca și cum ar fi fost oarecum constrâns de lumea exterioare

5/ Alte fenomene tranzitiviste. Simptomele se referă se referă la sentimente de demarcare corporală inadecvată (inclusiv față de obiecte neînsuflețite); un sentiment pervaziv de a fi cumva „prea deschis sau transparent” sau având o “piele extraordinar de subțire”, fără bariere...prea expus influențelor exterioare. Cazurile de percepție sporită, în care pacientul se plânge de o barieră insuficientă împotriva stimulilor senzoriali (în principal optici), ar trebui să fie de asemenea punctate aici.

**Grupaj simptomatic 5/ Orientarea existențială**„.Se are în vedere sensul raportării globale la lume a unui subiect lipsit de sine nuclear si de identitate biografico caracterială, care, deci, nu poate dezvolta o convingere de tip delirant (într-o nouă identitate... fictivă... de personaj dintr-un scenariu aberant, într-o lume fictivă). Sunt menționați următorii itemi;

1/ Fenomene primare de referință....Subiectul simte o legătură imediată între el însuși și evenimente externe sau alte persoane, o legătură care nu este explicată sau mediată de o atitudine paranoică sau altă stare dispozițională

2/ Sentiment de centralitate. Sentimente trecătoare de a fi centrul universului

3/ Senzația că propriul câmp experiențial e singura realitate ce există. Un pacient a avut uneori o senzație trecătoare de parcă ar exista doar obiectele din câmpul său vizual. Alți oameni și locuri nu păreau să existe.

4/ Sentimentul de a avea o putere creativă extraordinară, de a avea o putere perceptivă specială asupra aspectelor ascunse ale realității sau ale propriei minți, asupra altora.

5/ Parcă lumea experimentată nu e cea reală, ci e una aparentă, iluzorie

6/ Idei magice ce implică o cauzalitate suprafizică, legate de experiențele subiectului

7/ Sentiment de schimbare existențială sau intelectuală profundă – de tipul „metanoiei„.- cu teme filosofice, religioase, spirituale, psihologice,,..

8/ Grandiozitate solipsistă Pacientul, în vorbire sau comportament, manifestă un sentiment de superioritate față de semenii săi, asociat de obicei cu sentimentele sale de a poseda înțelegeri sau abilități extraordinare (5.4). Alții sunt văzuți ca niște proști ignoranți care urmăresc doar aspecte materiale (superficiale) ale existenței. Această atitudine are adesea o colorare ușor manieristă.

**C. Instrumentul EAWE**

Lumea schizofrenului deficitar

**Considerații de ordin general**

EAWE e un instrument de abordare clinică particulară a unei cazuistici din spectrul schizofreniei înțeleasă în tradiția lui Bleuler. Orientarea psihopatologică e neofenomenologică, dezvoltată după 2000, în mare măsură reactiv față de abordarea comportamentalistă din DSM-III-5 - manual care exclude din discursul său conceptul de sine (self), urmașul „conștiinței eului persoanei„ din abordarea lui Jaspers. (Neofenomenologia urmează în mare tradiția lui Husserl, Heidegger și Merleau-Ponty, colaborând parțial cu cognitivismul - sprijinit de filosofia minții – dar punând accent pe ceea ce relevă trăirile subiective ale perspectivei „persoanei întâi„).

Opțiunea pentru abordarea inițială a lui Bleuler a schizofreniei ca „autism dezorganizat, cu marginalizarea delirului„ s-a impus și dată fiind tendința din a doua jumătate a sec XX ( mai ales a psihiatriei americane) de a suprapune schizofrenia tulburărilor delirante bizare. Totuși, în aceeași perioadă s-a conturat și o sistematizare a psihopatologiei psihotice (schizofrene) între un pol pozitiv ( schizo +) și unul negativ (schizo -). Autorii scalei revendică tocmai cazuistica de spectru schizofren deficitar ( de diverse intensități și în diverse faze evolutive) care se agregă spre menționta extremitate negativă. Aceasta e însă înțelesă și comentată nu ca în DSM-III-5, prin grupajul simptomatic alogie, avoliție, anhedonie, asociabilitate etc.; ci, printr-o globală depersonalizare/derealizare deficitară, marcată de desorganizare, care conduce spre o persoană anonimă, neasertivă, devitalizată. Se mai cere precizat că grupul de studiu ce lansează EAWE a propus în prealabil (2005), pentru o cazuistică similară, instrumentul EASE, care decupează alte aspecte fenomenologico simptomatice; astfel încât cele doua scale pot fi considerate ca și complementare. Dar, ambele instrumente se evidențiază printr-un statut special în domeniul scalelor de evaluare, ele nepretinzând că evaluează cantitativ condiția de moment a unei persoane afectată de o tulburare anume; ci, că evidențiază un grupaj de aspecte psihopatologice din spectrul schizofren menționat, bazându-se pe o anumită opțiune interpretativă, fenomenologică, a psihismului persoanei.

Centrarea psihopatologică a scalei e pe sinele intențional reflexiv nuclear ( = „ipseitate„) ce susține trăirile actuale, situaționale, nemijlcite ale subiectului; cu plasarea în plan secund a sinelui identiar, biografico caracterial ( și social) al persoanei, bazat pe narativitate; dimensiune psihică ce se plasează în fundalul raportărilor situaționale și a relaționărilor interpersonale, fiind cel mai pregnant manifestat în psihopatologia Tulburărilor de Personalitate.

Pentru proiectul central al instrumentului – care vizează psihopatologia psihotică – consecința acestei opțiuni de accent, e evitarea invocării simptomatologiei uzuale a delirului, ce implică direct narativitatea; deci, a condiției delirante specifice în care subiectul ajunge să fie convins, în manieră absolută, că : - *are o nouă identitate – de stare și relațională – care-l transformă într-un personaj dintr-un scenariu narativ fictiv, plasat într-o „lume delirantă„ în care se relaționează cu variate alte personaje și cu entități mai mult sau mai puțin fictive.*

Totuși instrumentul scoate în evidență unele aspecte formale distorsionate ale acestei dimensiuni identitare de fond, care însă depășesc narativitatea specifică domeniului, cantonându-se la nivelul trăirii reflexiv-formale a sinelui, angajat în variante distorsionate de „a fi-în-lume„. Așa ar fi: - resimțirea centralității, - a autoevaluării, - sentimentul (atmosferic) de nefamiliaritate cu lumea, - cel de schimbare (de sine, de tip metanoia)..precum și - unele aspecte de relaționare (agențială) xenopatică neprecizată („paranoie ontologică„, sentiment de influență generică) etc.

Instrumentul EAWE evidențiază detailat aspecte ale dezorganizării, mai ales în plan lingvistic; dar și în alte instanțe ale psihismului cum ar fi cel perceptiv sau interpersonal (tulburările cursului ideativ sunt evidențiate în EASE). Dezorganizarea lingvistico semantică condiționează, de altfel, hiponarativitatea acestei cazuistici, aspect ce se repercutează direct asupra capacității sale de a integra trăirile evenimențiale într-o istorie biografică coerentă; și în consecință, edificarea identitar biografică a persoanei. (Fapt ce nu subliniat de către autori).

E important ca, odată cu utilizarea instrumentului EAWE să fie reținută diferența între cele două ipostaze menționate ale sinelui intențional reflexiv: cea situațională și cea identitară: Existența de-a-lungul cursului vieții a oricărui om ( aflat în mijlocul unei socio culturi istorice organizată prin norme, valori, logos și practici instituționalizate) se realizează prin implicarea sa, împreună cu alții, în:

1/ situații evenimențiale actuale, pe care sinele său nuclear situațional, intențional reflexiv („ipse„) le rezolvă, prin capacitatea sintetic aperceptivă a funcțiilor sale perceptive, executive și cogitative; evenimente care, odată trăite...

2/ ..se transpun în structura diacronă a memoriei biografico-caracteriale, în dimensiunea sinelui identitar, narativ al persoanei. Iar aceste evenimente pot fi ulterior reactualizate narativ, atât de către subiect – care le extrage din memoria personală - cât și de către alții – care le cunosc din participarea lor la ele - sau din relatarea altora; transpunere narativă care, mută subiectul în condiția de *personaj.*

Atât în raportarea situațională cât și în dimensiunea diacron-identitară a persoanei, sinele intențional reflexiv (autogenerativ şi sintetizator) se manifestă coerent si persistent, centrat și delimitat de situații, alții și lume în general, susținut de o funcție apriorică generală a „coherenței centrale ierarhice„.

---------------------------------------------------------------------------------------------------------

CHENAR – Aspecte ale delirului

Raportarea clinică la delir merită să se mențină constant în atenția evaluatorilor cu EAWE, deși acesta evită abordarea unei cazuistici efectiv sau pregnant delirante. În delir disfuncția vizează însă direct, tematic-identitar, sinele (eul) biografico caracterial (și social), pacientul fiind convins că s-a preschimbat, ajungând într-o nouă stare identitară (relațională și situațională)..transformat într-un *personaj dintr-un scenariu fictiv*, în corelație cu o lume delirantă, populată cu personaje și entități fictive, cu care interacționează după regulile narativității (modelul Don Quijote). Delirurile pot fi etichetate prin tematica lor (astfel de teme nu apar în EAWE):e.g.

Sunt convins – în mod absolut că sunt.. (.că mă aflu în condiția relațional situațională de):

....- Om bolnav care va contamina întregul continent...om infestat de viermi care circulă sub piele...emit un miros dezgustător care-i îndepărtează pe toți....sun un om diform (urât) respingător pentru oricine...om înșelat sexual de partenerul de viață cu sute de persoane din localitate...om iubit de stele de cinematograf gata sa facă orice pentru a fi împreună...am descoperit perpetuum mobile (esența adevărului,...leacul cancerului )...sunt posesorul adevăratei credințe, astfel că cer ca toți să mă urmeze pentru o sinucidere colectivă...

....Sunt stră-strănepotul lui Napoleon (actualii mei părinți oficiali sunt falși)...sunt cavalerul rătăcitor Don Quijote de la Mancha (și nu nobilul de țară Quijano)....voi fi ales președinte ONU pentru a opri toate conflictele de pe mapamond....sunt alesul lui Dumnezeu ca să scap omenirea de diavol......Dumnezeu a hotărât să mă transforme din bărbat în femeie pentru ca, prin unire, să repopulăm omenirea decăzută....

Sunt persecutat și urmărit de colegi, vecini, partide politice...Mafie..SRI..Masoneria internațională.. extratereștrii...duhuri..spirite...energi...voci.. diavol, care mă posedă... mă supraveghează...mă dirijează....

....Sunt o nulitate..nu merit să fac umbră pământului...sunt vinovat pentru toate războaiele omenirii...nu mai am organe, inima nu-mi mai bate.. sunt mort...voi trăi în eternitate...

EAWE, deși nu abordează narativitatea tematică a stărilor delirante, e atent la perturbările trăirilor sinelui identitar, în raportarea reflexivă a acestuia la sine, în atitudinea (generică) față de alteritate (alții și lume), - inclusiv față de senzația de intruziune agențială a alterității, abordată însă generic și nu factual -, în ceea ce privește sentimentul preschimbărilor existențiale (de tip metanoia), a centralității și raportării de ordin generic (netematic) la lume.

Gata chenarul

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Prezentare rezumativă a itemilor instrumentului**

Primele doua clase de itemi – 1/ Spațiu ți obiecte; și 2/ Timp și evenimente; – parcurg într-un fel aria raportării situaționale a subiectului la lumea prezentă pentru el aici și acum; raportare care, în mod normal constă din implicare sa într-o situație problematică pe care o descifrează perceptiv ca afectându-l... urmată de rezolvarea executivă a acesteia, în perspectiva propriilor proiecte și preocupări....

...Dar, cazuistica vizată de instrument, trimite spre persoane care prin psihopatologia lor nu mai pot realiza firesc și eficient trăirea sintetică a acestei centrări - de primă instanță – pe un eveniment situațional (dată fiind depersonalizarea lor dezorganizantă); subiectul fixându-se de fapt pe fragmente, pe elementele constitutive ale situației evenimențiale.. și acestea distorsionate. În acest context sunt comentate și halucinațiile.

CAPITOLUL 1/ SPAȚIU ȘI OBIECTE, ne trimite spre un psihism ce ajunge să perceapă lumea fragmentat (1.15), cu tb de recunoaștere a obiectelor ( 1.16), cu synestezii – în sensul interferenței confuze a domeniilor senzoriale (1.17) și pierderea limitelor dintre sine și lumea fizică (1.18).

Cea mai mare parte a capitolului se referă la percepția vizuală – de fapt vizuo-spațială. Aceasta poate avea diverse intensități ( crescută, scăzută, schimbătoare, 1.1, 1.2) poate fi fragmentată (1.4), implicând: fragmentarea obiectelor, descompunerea unor scene, captivarea de detalii izolate; apoi,(1.5) dezorganizarea sau perturbarea stabilității obiectelor (contururi dezorganizate, lipsa sesizării conceptuale), perturbări ale formei, mărimii sau calității obiectului vizat cu.. variații formale (de culoare, mărime, dimensiuni) (1.6) – incluzând micropsia, macropsia, dismegalopsia, metamorfopsia sau alte distorsiuni.

. Un item intercalat printre cei menționați (1.3) este rezervat pentru tradiționalele tb. ale iluziei, halucinațiilor, pseudohalucinațiilor vizuale. Dar tema nu e dezvoltată; și, desigur, fără aluzii la corelarea eventuală cu vreo tematică delirantă (nu e comentată aici tema perceperii unor detalii suprasemnificate - „salience„)

Sunt apoi inventariați itemi pentru: (1.7). Tulburări ale distanței perceptive față de anumite obiecte, a relației spațiale relative dintre acestea, în estimarea distanței în general. – (1.8); Experimentarea distorsionată a spațiului (ca atare): diminuarea orientării în perspectivă și topografică, pierderea integrării sau structurării spațiale, a dimensionalității, experiența unui spațiu infinit, inversarea raportului figură fond, experiența afectivă a spațiului

Urmează patologia din domeniul senzorialității auditive, menționându-se pe scurt iluziile, halucinațiile și pseudohalucinațiile în acest domeniu ( 1.10.1,,,2,,,3) – mult mai pe scurt decât o fac cărțile de semiologie psihiatrică, care insistă asupra celor audio-verbale în corelația acestora cu delirurile paranoide; sunt comentate în continuare diverse modificări ale calității percepției sonore, problema localizării acesteia, modificări ale intensității sunetelor, ale detașării lor de fundal, recurența stimulilor auditivi. Apoi, pe scurt, tb în aria altor simțuri: tactil, gustative olfactiv, condensate într-un singur item (1.13); precum și problematica sinesteziei (1.14). E notată problema separării sau izolării percepțiilor senzoriale ( 1.15), tulburările în recunoașterea sau identificarea unui obiect perceput (1.16), pierderea granițelor cu lumea fizică sau a demarcării de aceasta (1.17)

Privind în ansamblu acest prim capitol, se poate constata că, itemii avuți în vedere detaliază analitic variate distorsiuni formale ale perceperii obiectelor și spațiului trăit situațional; dar nu se opresc deloc asupra nivelului „perceperii situației evenimențiale însăși și a semnificației sale„. E ca și cum, *un om ce se află într-o situație în care:*

*... casa sa a luat foc...sau........ i se transmite mesajul că i s-a îmbolnăvit un copil...sau...răspunde la întrebările unui examen.........contemplă o piesă de teatru.......poartă o dispută în contradictoriu cu un oponent...etc...*

*e atent la forma, mărimea, culoare, obiectelor și sunetelor din jur, la apropierea sau depărtarea acestora în spațiu, la conturul lor etc...*

*....dar nu integrează și nu subordonează toate aceste aspecte (în interelațiile lor și în raport cu sine) în raport cu semnificația de ansamblu a situației actuale pe care el o trăiește.*

Deja din acest prim capitol se impune cu evidență faptul că, e avută în vedere o cazuistică specială (din spectrul schizofren) aflată deja într-o condiție psihică deficitar-distorsionată, subiectul trăind cu dificultate sinteza integrativă spontană a raportării la situațiile problematice, ....fapt care subminează inserția sa spontană în lumea simțului comun al „axiomelor cotidianității„..

(Blankenburg sugera că în schizofrenie se realizează psihopatologic spontan întreg demersul complicat al „punerii între paranteze„ a vieții cotidiene, pe care-l sugera Husserl ca necesar filosofului care, ar vrea să treacă de la „atitudinea naturală„ la „reducția transcendentală”... urmând ca ulterior, filosoful sau omul de știință să parcurgă drumul invers, pentru a se reintegra în viața sa de zi cu zi de cetățean...

deja *pacienții investigați cu primul Capitol din EAWE ar putea fi comparați cu un cercetător impregnat de cunoștințe teoretice care studiază la microscop microorganisme, dar nu se mai poate extrage din această condiție sa, pentru a reveni, dându-și halatul jos și părăsind microscopul cetățeanul de zi cu zi, cu soție, copii și problemele din gospodărie*).

CAPITOLUL 2/ TIMP ȘI EVENIMENTE, se concentrează pe modificări psihopatologice ale sentimentuli temporalității. Acesta poate fi resimțit ca : - derulându-se rapid sau încet (2.1), - cu discrepanțe între timpul interior și cel exterior (2.2), - cu perturbări ale organizării temporale (2.3), - cu resimțirea unui timp blocat, fragmentat, dezarticulat, infinit, izolat, cu trăiri stranii. Se menționează apoi dezorientarea în timp, sentimentul de a fi blocat în prezent, sentimentul că „orice se poate întâmpla„...

Un aspect important e semnalarea trăirii anormale a anticipării ( 2.4)....care însă se întâlnește, cu anumite caracteristici specifice de anormalitate și în anxietate și manie (aspect ce nu e amintit în instrument). Se au în vedere apoi experimentări particulare, inedite, ale viitorului - inclusiv premoniția - și trecutului, care poate fi resimțit dezarticulat, intruziv în prezent, cu erodarea distincției dintre trecut și prezent. Opțiunile instrumentului sunt circumscrise de o cazuistică ce are particularități specifice în dinamica acestor trăiri, (fără amintirea perturbării raportării la viitor și trecut în manie și depresie). Cea mai importanta particularitate e însă acea că, nu se urmărește articularea dinamic biografică dintre trecutul experimentat și prezent, faptul că experiențele trăite edifică într-un anumit fel identitatea diacronă a persoanei, cu unele sensibilități sau vulnerabilități; fapt ce e amplu comentat de psihopatologia traumelor biografice, începând cu psihanaliza și încheind cu reacția de stress posttraumatic și psihozele disociative.

În acest capitol se exprimă explicit opțiunea autorilor pentru fenomenologia lui Husserl și analizele sale în direcția temporalității trăite; care comentează prezentul nemijlocit ca și flancat constitutiv de *protenție* și *retenție*. Desigur că această abordare de model configuraționist (gestaltist) rămâne și în prezent sugestivă; dar ea s-ar cere completată cu perspectiva care, între timp, a articulat fenomenologia de hermeneutică – vezi Ricoeur -; încadrând această nemijlocită „percepere executivă situațională actuală„, prin fundalul identitar a persoanei biografico-caracteriale, ce e organizat narativ-mnestic, asigurând sentimentul de permanență a duratei existenței personale (dintre naștere și moarte).( Între cele două axe – cea sincronă a trăirii situației prezente și cea diacronă a duratei biografice - plasându-se rețeaua propriilor proiecte și preocupări, corelată relaționărilor interpersonale pe axa intim public)

Capitolul 3 și 4 din EAWE conturează treptat, tot mai pregnant, universul de depersonalizare/derealizare (Dep/Der) ce marchează cazuistica avută în vedere.

CAP.3/ALTE PERSOSANE: Itemii propuși în această secțiune scot în relief deficitul de relaționare empatică și de atașament intimant al cazuisticii studiate,de „acordare„ cu celălalt și introjectare a acestuia în propria structură psihică, caracteristici similare cu cele din autismul developmental (AD). Spre deosebire de acesta însă, suntem acum în prezența unor persoane cu abilități lingvistice obișnuite, cu trăiri subiectiv-reflexive nuanțate, uneori abstracte și speculative, hiperanalitic reflexive; trăiri ce pot fi descrise în marginea unui interviu bine condus. Desigur, se cere avut în vedere și prezența concomitentă a tulburărilor dezorganizante în planul limbajului discursiv conceptual, cu perturbarea relației între semnificant și semnificație.

Primul item menționat e deficitul înțelegerii sociale, a acordării interpersonale (3.1): pierderea bunului simț social, a sincronicității corporale proprioceptive, a înțelegeri comunicării nonverbale. Se identifică apoi „sentimentul de îndepărtare de alții„(3.2) și strategii particulare de a-i înțelege (e.g. algoritmic 3.3); dar și multiple alte deficiențe și particularități de relaționare neadecvată și insuficientă; – tb de demarcare față de alții, ce reia și dezvoltă un item prezent și în EASE ( 3.7) cu multiple variante: excesiv de familiari sau nefamiliari, par a fi deghizați sau amenințători etc.;, probleme cu privirea ( ce poate fi resimțită ca intruzivă, atât a altora cât și cea proprie, sentimentul expunerii prin ochii proprii.. 3.8) – de subliniat că în AD privirea în ochi a celuilalt e evitată, neglijată; depersonalizarea altora ( ce apar ca morți, ireali ca mecanici (3.9)Ș unele persoane par dominate de o singură caracteristică (3.10)...sau apar hiperreale (3.11);.. schimbări în tonul sau înfățișarea celorlalți (3.12)...oamenii par să comunice ceva special, dincolo de ceea ce comunică efectiv ( cu semnificație de ostilitate.. sau sugerând grandiozitatea subiectului sau o semnificație metafizică 3.13) – se manifestă astfel și la acest nivel perturbarea trăirii semnificațiilor, care analizată în Cap. următor (Limbaj) prin dezarticularea semnificației de semnificant,..temă a semnificațiilor aparte ce reapare și în ultimele două Cap.-; ultimul item se referă la:răspunsuri comportamentale anormale ale celorlalți (3.14..șapte variante..)

Toate deficiențele menționate de comunicare și relaționare cu alții, empatice, de atașament și intimanță, cu lipsa de acordare reciprocă și rezonare afectivă, indică o cazuistica a unor persoane care nu realizează – sau pierd - capacitatea unei firești și constitutive relaționări cu alteritatea, a comuniunii si împărtășirii cu aceasta..; dar, într-o altă perspectivă decât se realizează aceasta în AD. Totuși e important a se menționa că multe din perturbările de sinteză perceptivă analizate în Cap 1 – mai ales cel vizuale – gravitează în jurul unei tb. care în autism se manifestă pregnant dar simplu și univoc : centrarea pe detalii nesemnificative cu dificultăți în a percepe ansamblul semnificant, ca o figură ce se detașează pe un fundal accesibil (și pe care cognitivismul a studiat-o prin modelul perturbării „funcției coerenței centrale perceptive„). Chenar...)

CAPITOLUL 4/ se referă la LIMBAJ., în esență la aspecte ale dezorganizării în plan lingvistic; care deobicei sunt descrise în cadrul schizotipiei. Limbajul comunicațional-conceptual e acum decupat destul de rigid, astfel încât tb. ale cursului gândirii nu sunt incluse ( ca în tradiționala dezorganizare ideo-verbală) ele fiind comentate în instrumentul EASE, în primul capitol al acestuia. Iar în perspectiva dezorganizării, în cap 1/ din EAWE au fost deja comentate variate aspecte ale dezorganizării în plan perceptiv; cele corelate trăirii temporalității în Cap 2/; iar cele relaționării interpersonale în cap 3/ (dezorganizarea în plan motivațional comportamental nu e abordată de autori în cele două instrumente).

În acest Cap.4 sunt trecute în revistă tb. clasice ale dezorganizării lingvistice, cu unele detalieri și cu strădania de a evidenția cât mai mult din aspectul subiectiv fenomenologic a tulburării ( spre deosebire de DSM-III-5 și scalele Andreasen, centrate pe aspectul comportamental înregistrabil): ; 4.1 -Tb de bază ale înțelegerii limbajului standard: - disocierea sonoritate/semnificație, - distragerea atenției prin posibilități semantice multiple și prin cuvinte individuale; 4.2 - dificultăți ale înțelegerii aspectelor emoționale/expresive ale vorbirii; 4.3 - modificări specifice ale sensului cuvintelor ( centrare asupra sunetelor..determinare semantică neconvențională...cuvinte arbitrare/absurde...limbajul. pare viu, cvasifizic...referințe lingvistice egocentrice.. 4.4 - alegerea neconvențională a cuvintelor, tonului, gramaticii... discursul criptic, telegrafic, agramat... cuvinte „Stock„ , neologisme manierisme; 4.5 / tulburări ale fluenței.. indisponibilitatea cuvintelor... dezorganizare discordanță intre semnificația intenționată si cea exprimată; 4.6./relevanță perturbată deraiere..răspunsul tangențial; 4.7 - perturbarea angajamentului (scopului)... aprozodie... echolalie...vorbirea se simte autonomă; 4.8- experiența anormală a abstractului și concretului....până la... discurs hiperabstract; 4.9 -.inefabilul exprimării lingvistice... uneori pentru că experiențele sunt neobișnuite și greu de exprimat.. dar si sentiment general de neadecvare a limbajului; 4.10 alienarea autodescrierii : vorbește despre sine ca și cum ar vorbi despre altcineva...

EAWE nu comentează limbajul scris, domeniu în care apar aspecte suplimentare, prin particularitățile și bizareriile punerii în pagină (ordine, direcție a scrisului, mărimea literelor, semne simbolice aparte, ideosincrazice, utilizarea unor coduri multiple - altern sau concomitent -, elaborarea de noi limbaje etc. Un astfel de interes ar fi mutat însă accentul de la „trăirea„ nemijlocită a fenomenului lingvistic în direcția narativității, care are particularități de elaborare și manifestare, implicând hermeneutica și de statut ontologic aparte.

Instrumentul EAWE scoate în relief multiple aspecte deficitare ale practicării limbajului comunicațional la pacienții din spectrul schizofren.... dar nu subliniază faptul că ele conduc și la un defect prozodic, a capacității narative , descriptive, de relatare, povestire, de autodescriere a experiențelor proprii, corelată desigur și deficienței comunicaționale; și astfel la fragilizarea autonarativității. Iar acest defect, subminează însăși consistența propriei structuri identitare (biografico caracterială)

CAP 5/ e intitulat ATMOSFERA și are în vedere caracteristicile de ansamblu care marchează și învăluie constant existența curentă a subiectului. Depersonalizatul deficitar și dezorganizat care e cotat prin EAWE, nu trăiește, desigur, între parametrii vieții cotidiene ai existenței obișnuite, din lumea comunitară curentă. Dar, el nu se plasează nici în „ lumea delirantă„ - în care pacientul-personaj se simte cuprins în intrigi și scenarii neobișnuite, în relație cu entități și persoane-personaje ce alunecă spre ficțiune; și care e plină de „evenimente speciale„ în derulare sau expectate, care se desfășoară după regulile cauzale ale basmelor , ale narativității fantastice. Lumea depersonalizatului e însă una săracă în conținut, în evenimente, vidă, „derealizată„; dar totuși cu unele accente particulare, ce pot fi comentate ca o „atmosferă„ persistenţă ce învăluie constant existența pacientului. Atmosferă stranie, nefamiliară, ireală, aflată mereu în schimbare, greu definibilă.

Caracteristica de bază a acestei atmosfere corespunde a ceea ce tradițional s-a numit „derealizare„(1.1) în multiplele semnificații ale noțiunii: - de plasare „după un clopot de sticlă„...scăderea intensității, substanțialității lumii,....desanimarea ei...falsitate..pierderea atractivității....calitate statică, încremenită,..parcă toți se comportă ca roboții, totul apare nou și ireal etc. 5.2 - Geometrizarea lumii... totul apare încremenit și ordonat, dispărând calitățile obișnuite și pragmatice; 5.3 - Animarea lucrurilor inanimate ; 5.4 - Obiectele și lucrurile par mai izbitoare, intense și solicitante; 5.5 -5.6 - Sentiment de Deja Vu Jamias Vu. 5.7 – Perplexitate, confuzia realităților, hiperreflexivitate, hiperelaborare... confuzie și fuziune între diverse tărâmuri și universuri abordate, cu diverse modalități experiențiale (prin percepție, reprezenteare, imaginare, gândire....interferențe ireale...incoerență desorientantă... hierconștientizare analitică... lipsă de spontanitate, hipereflxie (nu mai poate aborda lucrurile spontan, prereflexiv, lăsând să opereze filtrul atențional periferic)..5.8 – Atribuirea anormală a sensului ( subiectul impune el însuși un sens lucrurilor...sau se simte obligat să le atribuie un anumit sens...se relevă un sens nou al lucrurilor, situațiilor...sensurile proliferează...5.9 – Forme anormale de sens...concretizarea fizică a unei semnificații abstracte....clasificare anormală...; 5,10 – conștientizarea intensificată a tendințelor (de ex, a frecvenței crescute a unor fenomene); 5.11 – Simțul anormal al relațiilor cauzale..acțiunile sau evenimentele par controlate de forță sau voință externă.... par prestabilite sau amplificate; 5.12 – „Paranoia ontologică„ ...subiectul are sentimentul că e privit tot timpul, de peste tot...nespecificat „parcă tot universul e concentrat cu privirea asupra mea„....5.13 Subiectivism: diminuarea independenței ontologice a lumii experimentate.....obiectelor și oamenilor le lipsește o existență independentă...dubla realitate a existenței, atât a lumii reale cât și a uneia ideosicrazice, personale ( delirante).... sentimentul subiectului că personal poate influența realitatea fizică.....sentimentul că induce mișcări în obiecte și oameni, că acestea se mișcă după el.. îl imită;......5.14 - Starea de spirit revelatoare...(Apofantis): lumea pare a avea calități deosebite...e stranie, suspectă....percepții autoreferențiale ( par a se referi la el...anuțându-l de ceva..( cu semnificație ostil-paranoiacă sau grandioasă sau metafizică...necunoscută...ciudățenie nespecificată)...5.15. – Experiențe cvasi mistice ...uniune mistică cu lumea....simplă ființă, existența e lipsită de o esență conceptuală...; 5.16 - Experiența sfârșitului lumii...5.17. Anomalii ale dișpoziției afective: ..indiferență, amorțeală....sentiment că e blocat și nu se poate exprima...anxitate nespecifică cu teama de anihilare...iritabilitate, neliniște furie....euforie detașată....disperare, demoralizare, deznădejde..cu particularități ale persistenței acestor dispoziții...incongruența emoției sau afectului (în raport cu situația...reciproc incongruente).

Tăirile inventariate în Cap Atmosfera, deși nu exprimă în mod direct convingeri identitare delirante dintr-un scenariu narativ fictiv, se corelează cu cadrul formal distorsionat care pregăteşte sau susține delirul propriu-zis, cel instituit prin procesualitatea delirului primar (în sensul lui Jaspers).Analizele acestei secțiuni atrag atenția în mod special asupra perturbării trăirii semnificațiilor – dincolo de modificarea acestora odată cu perturbarea limbajului; și ele se corelează cu perturbările dispoziționale din ultimul Capitol.

CAPITOLUL 6 al instrumentului e intitulat ORIENTARE EXISTENȚIALĂ ..el se referă la atitudini generale ale subiectului în raport cu lumea și cu sine - prin anumite poziționări atitudinale intențional reflexive; trăiri globale de autoevaluare a propriei existențe, care se referă nu la conținut ( la aspectul faptic, determinat conjunctural, narabil, sau pe care-l exprimă tematica delirului),.. ci la modalități de raportare bazale, formale, generice ale felului său de a-fi-în-lume ca ființă conștientă de sine. Cuprinde 10 clase de itemi.

6.1 Respingerea societății sau a convenției; dezinteres față de societatea umană.....prin comportament și atitudine.. atitudine ce poate fi nu doar de nerespectare a convențiilor, ci de opunere activ-deliberată față de aceasta...sau prin considerarea sa, ca fiind excepțional și unic, fidel doar propriei sale individualități;.. 6.2 – Atitudine de a fi excesiv de deschis față de o mare varietate de posibilități....poate exprima o atitudine conform căreia „ de fapt nimic nu contează cu adevărat„...sau, o libertate conceptuală totală, conform căreia „totul e permis„;...6.3 - Poate manifesta neîncredere, scepticism curios față de orice;....6.4 ..- Manifestarea unei certitudini absolute și indiscutabile;....6.5..- Sentimentul de a fi special, superior....cu o cunoaștere aparte..extraordinară...cu o datorie mesianică....sau, grandiozitate spirituală și abilități excepționale....6.6. – Vinovăție sau responsabilitate imposibilă ..6.7 - Sentiment de pierdere a libertății sau individualității .....6.8 – Aderarea de reguli abstracte pe care le urmează indiferent de conjunctură...6.9 - Resimțirea unei preschimbări intelectuale, spirituale ( de model metanoia).. 6.10 – Sentiment de centralitate universală...„universul e centrat în jurul propriului sine..totul se învârte în jurul meu„ ( și nu doar sentimentul că „ e privit de univers„ ca in paranoia ontologică).

Caracteristicile inventariate mai sus ale unor poziționări sau atitudini excentrice, distorsionate, ale felului de a-fi-a-subiectului-în-lume, pot fi privite ca și condiții de posibilitate formale ale unor manifestări existențiale psihopatologice globale, ( ce pot fi dispoziționale: euforic maniacale, depresiv vinovate, anxios fobic paranoide), care includ însă și delirul; dar care acum sunt abordate la o cazuistică la care predomină depersonalizarea deficitar anonimizantă, dezorganizantă. Ele se articulează strâns cu tulburările analizate în Cap. Atmosferă; și cu parametrii generali ai psihopatologiei depersonalizant/derealizante, ce e decupată prin acest instrument.

**D ANEXĂ**

**Chenar 1**

**Modelul lui Ey dezvoltat; psihismul uman înglobeazǎ instanţa**

**proiectelor, cea metareprezentaţională, intersubiectivitatea şi transcendenţa**

transcendenţă

norme şi valori lumii socio culturale practici instituţionalizate

identitate socio culturală

intersubiectivitate

personaje naratiuni persoana relatioare cu alte alte persoane

lumi fictive eroi fictivi

o

stima de sine

INSTANȚĂ METAREPREZENTAȚIONALĂ ( operare pe modele)

temperament caracter proiecte preocupări

identitate biografică s

situație prezentă

alteritate i introjectată

sine corporal

reflexivitate eveniment prezentul

intenţionalitate situaţional actual trăit

autogenerativitate

sinteză introjectarea

imagourilor parentale

ataşament

corp trăit

identitate corporală

Biologie

Chenar 2

**Percepţia obiectului în raport cu percepția situaţiei actuale (ca “trăire a prezentului”)**

instanţa metareprezentaţională

preocupări

proiecte

1. Percepţia obiectului fundal

izolat

câmp obiect atmosfera

perceptiv perceput perceptivă

perceperea de sine mediu

exterior

perceperea altei persoane

Perceperea unui obiect izolat se întâlneşte doar în atitudinea de contemplare sau de observare ştiinţifică (experimentală); obiectul are o formă ce se detaşează pe un fundal accesibil, şi o semnificaţie;subiectul se percepe continuu (preconştient) şi pe sine, ca plasat la unul din polii câmpului perceptiv, în poziţia cuiva care percepe activ, prin vizare intenţională.

decupări perceptive

1. Perceperea situaţiei actuale

Semnificaţia situaţiei

centrarea pe un aspect al situaţiei (persoană, obiect)

as

perceperea de sine

decupări perceptive

Perceperea unei situaţii la care subiectul participă împreună cu alte persoane în cadrul unui eveniment, presupune mai multe obiecte şi persoane aflate în diverse relaţii reciproce şi cu subiectul. Esenţialul percepţiei constă în acest caz în semnificaţia situaţiei pentru subiect, centrată pe un aspect al acesteia. În raport cu o situaţie ce se derulează, subiectul poate realiza mai multe decupări formale şi de semnificaţie, abordând fenomenul din variate perspective şi decupându-l dintr-o desfăşurare temporalǎ mai amplă. Subiectul este unul din centrele câmpului perceptiv, celălalt fiind semnificaţia evenimentului pentru el. Perceperea unei situaţii presupune o coerenţă centrală a unei ordini ierarhice. Ea apare ca o structură organizată. Prăbuşirea acestei structuri induce simptomele de referinţă, în care subiectul e asaltat de semnificaţii neclare.

Perceperea unei situaţii are o structură complexă, ierarhică, implicând “adâncimea temporală” a variatelor proiecte şi acţiuni ce se suprapun.

Chenar 3

**Deficienţa funcţiei coerenţei centrale perceptive în autism**

**Caracteristici standard ale percepţiei**

CONTEXT

pǎrţi FUNDAL

accesibil

memorie solicitǎri recontextualizare

biograficǎ informaţionale

nominalǎ  **.**  obiect

intenţionalitate perceptivǎ **.** perceput, **Sine** contur

**.** bine

**.** delimitat,

oferta formǎ

mnesticǎ (aspect), detalii semnificaţie

percepţii speciale:

alte persoane, obiecte simbolice , conexiuni cu alte

texte obiecte

**Deficienţa “coerenţei centrale perceptive” în autism**

atenţie crescutǎ contur vag al

acordatǎ detaliilor obiectului perceput

rǎspuns neadecvat

la senzaţii

deficit de

percepţie

stereotipii concomitentǎ

a obiectului şi

interese fundalului

reduse

intoleranţǎ la schimbare

deficienţe de recontextualizare

Instrumentele EASE și EAWE presupun o înțelegere a funcționării psihismului ca desfășurat între 2 axe (Ch.1): - 1/cea a prezentului situațional trăit; și: - 2/cea a fundalului diacron al identității biografico caracteriale; între care se desfășoară evantaiul proiectelor și preocupărilor proprii și a relaționărilor interpersonale, pe diagrama intim/public. Simptomatologia depersonalizantă deficitară – dezorganizant anonimizantă decupată de aceste 2 instrumente sunt în mare măsură comentabile prin perspectiva disfuncției „coerenței centrale„, studiată de cognitivism în perturbările perceptive ale autiștilor ( Ch. 2,3,4)